

# VIÑETA HISTÓRICA

## SANATORIOS PARA TUBERCULOSOS: AUGE Y DECADENCIA

DR. IGNACIO DUARTE G. (1)

(1) Profesor Titular. Programa de Estudios Médicos Humanísticos. Pontificia Universidad Católica de Chile.

Email: [ignacioduarte.gc@gmail.com](mailto:ignacioduarte.gc@gmail.com)

---

Publicado en *Ars Medica*, Vol 11, Num 11, 2005.

(Con la debida autorización del autor para ser resumido y publicado en *Revista Médica CLC*)

La presente reseña tiene como objeto recordar la génesis de los sanatorios para tuberculosos en Europa y Estados Unidos y, a través de algunos ejemplos, señalar aspectos importantes de su desarrollo y posterior declinación, a manera de preámbulo para futuras comunicaciones sobre la historia de dichos establecimientos en Chile.

### ANTECEDENTES

A mediados del siglo XIX, la tuberculosis, conocida como tisis o consunción, hacía estragos. Datos de 1815 establecían que la enfermedad era tan frecuente que exterminaba prematuramente a alrededor de la cuarta parte de los habitantes de Europa; en las ciudades del Este de Estados Unidos la tasa de mortalidad por tuberculosis era del orden de 400 por 100.000 habitantes (1).

Si bien lentamente se había ido extendiendo la noción de que la consunción se propagaba por contagio, muchos médicos de renombre la consideraban un mal hereditario. Aunque en 1865 Jean Antoine Villemin comunicó en Francia que había provocado la enfermedad en conejos mediante la inoculación de material

de lesiones de pacientes fallecidos por tisis, habría que esperar hasta 1882, año en que Robert Koch demostró en Alemania que el agente causal era una bacteria. Incluso después de este trascendental descubrimiento pasarían más de 50 años para hallar medicamentos efectivos contra el bacilo.

Entre los múltiples tratamientos que a través de los siglos se recomendaban para la consunción, figuraban medidas como dietas restringidas, purgas y sangrías. Desde la Edad Media se atribuía a los reyes el poder de curar las escrófulas, forma clínica caracterizada por aumento de volumen de los ganglios linfáticos cervicales. Se creía que el soberano, con solo tocar a los pacientes y recitar una oración, sanaba la enfermedad. Esto dio origen a ceremonias multitudinarias en que miles de peregrinos

acudían a ser tocados por el rey. En la escena III del acto IV de *Macbeth*, Shakespeare incorporó el siguiente diálogo:

*"...¿Va a salir el rey?*

*Sí, señor; hay una turba de infelices que esperan de él su curación. Su enfermedad desafía todos los esfuerzos del arte; mas, en cuanto les toca, tal es la santidad que el Cielo ha concedido a su mano, que se restablecen inmediatamente."*

*"... ¿De qué dolencia se trata?*

*La llaman el mal del rey. Es una cura milagrosa de este virtuoso príncipe, que varias veces, desde que vine a Inglaterra, se la he visto hacer. De cómo se entiende con el Cielo, mejor lo sabe él que nosotros; pero personas atacadas de extrañas dolencias, hinchadas y cubiertas de úlceras que daba lástima de verlas, desahuciadas de la Medicina, las cura colgándoles del cuello una medalla de oro, mientras recita piadosas oraciones"(2).*

En el siglo XIX se fueron imponiendo dos corrientes orientadas a modificar la terapia de la tuberculosis:

La primera corriente consistía en destinar establecimientos exclusivos para hospedar a los tuberculosos, sea con una motivación caritativa para asistirlos en sus últimos días, o bien para administrarles los tratamientos considerados más adecuados en ese momento. En el siglo XIX se fundaron sucesivamente en Londres: el *Royal Chest Hospital* en 1814, en 1841 el *Brompton Hospital for Consumption and Diseases of the Chest* como "un asilo para pacientes consuntivos y como un medio para profundizar el conocimiento de la enfermedad" (3); en 1848 se erigió el *City of London Hospital for Diseases of the Chest*. Por su parte, en Estados Unidos, Harriet Ryan, una peluquera de Boston, siguiendo las prácticas caritativas de su madre, acogía a tuberculosas terminales en su casa para cuidarlas y confortarlas, dado que el *Massachusetts General Hospital*, el único de la ciudad, no recibía pacientes con enfermedades crónicas. Más adelante arrendó el subterráneo de una iglesia donde instaló en 1857 el Hogar de la Calle Channing para Mujeres Enfermas Indigentes (*Channing Street Home for Sick and Destitute Women*) con siete camas, donde se les daba atención de enfermería y tratamiento, de acuerdo con las indicaciones de dos médicos voluntarios (4).

La segunda corriente acerca del tratamiento de los pacientes consuntivos era manifestación de un "despertar sanitario", por el cual se sostenía que la pureza del aire, el agua y el alimento

eran esenciales para una vida saludable (5). En este sentido la exposición al aire fresco se consideraba de primera importancia. Así Sydenham, el "Hipócrates inglés" del siglo XVIII prescribía a los tuberculosos largos paseos a caballo. Otros recomendaban viajes por mar, temporadas en climas agradables y descanso.

El primer ejemplo documentado de una institución específica para el tratamiento al aire libre de la tuberculosis fue la *Royal Sea Bathing Infirmary for Scrofula*, organizada en 1791 por un médico inglés de apellido Lettson, basado en la observación de que los pescadores no sufrían de escrófula. Lettson aparentemente solía enviar a sus pacientes pudientes a pasar temporadas en climas marítimos. Con la idea de proporcionar a los pobres una oportunidad semejante, levantó en la costa de Margate, Inglaterra, un establecimiento con 36 camas para recibir a niños escrofulosos durante una temporada para que tomaran baños de mar. El hospital se amplió en ochenta camas en 1800. Estaba diseñado de modo que los niños podían dormir en galerías al aire libre.

A principios de 1800, aumentaba el número de médicos ingleses que cuestionaban la práctica -extendida en aquella época- de relegar a los pacientes tuberculosos en habitaciones estrechas y con una alimentación exigua. En este sentido destacaban las ideas de George Boddington, que sostenía que la tuberculosis era curable mediante medidas higiénicas sencillas: Estas consistían en trasladarse al campo en un lugar elevado y seco, sin variaciones importantes de la temperatura, con una atmósfera libre de bruma y humedad. Allí el enfermo debía hacer caminatas al aire libre en la mañana temprano hasta donde lo permitieran sus fuerzas, aumentando gradualmente la distancia hasta que pudiera mantenerse fácilmente por varias horas al día. Recomendaba además un trago de buen vino para aquietar el pulso, una cena sustanciosa para recuperar el peso, y una píldora de opio en la noche para inducir el sueño. La Real Academia de Medicina criticó acremente la posibilidad de tratar la enfermedad con aire puro, diciendo que tal idea tenía quinientos años de antigüedad y ya había sido descartada: esto concordaba con la persistente opinión de muchos médicos de que el aire puro y la comida abundante eran venenos para el paciente consuntivo.

En 1853 el gobierno de Lucca, en la Península Itálica, empezó a enviar niños escrofulosos a tomar baños de mar en Viareggio (6). Se formaliza el concepto de sanatorio para tuberculosos.

La obra del alemán Hermann Brehmer marcó un hito en el tratamiento de la tuberculosis en el mundo. Ejercía como médico en la localidad de Göbersdorf, situada en un valle a unos 500 metros sobre el nivel del mar en la provincia prusiana de Silesia. Su tesis doctoral se tituló: *Acerca de las leyes que atañen al inicio y progresión de la tuberculosis en los pulmones*.

Había llegado a las siguientes conclusiones:

**1)** La tuberculosis era una enfermedad curable, como lo demostraban los hallazgos de Rokitski que, en el 90% de las autopsias de individuos fallecidos por diferentes causas, encontraba cicatrices atribuibles a lesiones pulmonares tuberculosas curadas.

**2)** La vida en lugares altos tiene un efecto benéfico, concepto transmitido a Brehmer por su maestro Johann Lukas Schoenlein y por el explorador Alexander von Humboldt, quienes afirmaban que la tuberculosis no existía en países montañosos.

**3)** La tuberculosis sería el resultado de una circulación pulmonar deficiente, hipótesis que Brehmer basaba en la desproporción del tamaño entre un corazón pequeño y pulmones grandes en las autopsias de sujetos con tuberculosis pulmonar extensa. Pensaba que el corazón débil y pequeño en última instancia determinaba una disminución del riego pulmonar, con la consiguiente alteración de la nutrición del tejido pulmonar.

**4)** Como consecuencia de su razonamiento, para el tratamiento de la tuberculosis recomendaba el ejercicio en las alturas y una alimentación abundante, dado que la menor presión atmosférica requeriría un incremento de la función cardíaca y activaría el metabolismo (7).

Brehmer contrajo la tuberculosis y aplicó estas medidas en sí mismo con buenos resultados. Su salud renovada lo incentivó a aplicar el sistema de tratamiento a pequeños grupos de pacientes y, más adelante, lo llevó a construir en 1859, después de considerables esfuerzos, una Kurhaus en Göbersdorf que disponía de 40 habitaciones, salas de esparcimiento y cocinas, destinadas a pacientes tuberculosos acaudalados. A medida que creció su prestigio continuó ampliando las edificaciones (8).

Su régimen terapéutico comprendía: aire de montaña, ejercicio, control de temperatura cada dos horas, tres comidas diarias abundantes complementadas por vinos y coñac, a las que se agregaban refrigerios entre horas. Los pacientes debían subir cuestas que conducían a unas cascadas bajo las cuales tomaban duchas frías, programadas y supervisadas personalmente por Brehmer quien, tomando en consideración el estado físico del paciente, le asignaba caídas de agua de determinada fuerza y calibre.

En 1869 se había tratado a 958 pacientes, de los cuales solo el 4,8% había fallecido en el establecimiento.

Este exitoso primer sanatorio propiamente tal casi tuvo que cerrar después que Koch demostró el origen bacteriano de la tuberculosis. Se temía que la estadía en el establecimiento implicaba que los pacientes -que acudían para curarse- sufrieran mayor contagio por su contacto con otros enfermos bacilíferos. Con la implementación de un eficiente sistema de desinfección

y de un laboratorio de análisis químicos y bacteriológicos, se superó la oposición y creció el prestigio del modelo.

Un ex paciente y ayudante de Brehmer, el doctor Peter Dettweiler, concordaba con el planteamiento general de su maestro; sin embargo disenta de la importancia que daba a algunos factores. Después de algunos años fundó por su cuenta en 1876 el primer sanatorio popular para el tratamiento de pacientes de escasos medios, ubicado en Falkenstein, región de los montes Taunus cerca de Frankfurt. El establecimiento se encontraba a una altura de 400 metros sobre el nivel del mar. Para Dettweiler no era importante el tipo de clima ni la altura: puso énfasis en la exposición al aire puro, el control médico diario más estrecho, actividades de educación para los pacientes, largas horas de reposo durante todas las estaciones del año en galerías abiertas al aire, protegidas bajo techo. Prescribía ejercicios suaves que no fatigaran al enfermo, a diferencia de lo que solía acontecer en Göbersdorf. Entre las innovaciones que introdujo Dettweiler figuraban las sillas reclinadas para el reposo al aire libre y los escupitines portátiles de vidrio azul, cuyo diseño y tamaño permitía ocultarlos entre los pliegues de un pañuelo y manipularlos con una sola mano (9).

El doctor Vincent Bowditch de Boston visitó ambos sanatorios en 1889. Describió a Brehmer como “un hombre alto de aspecto autoritario y modales graves, por no decir intimidantes. Al aproximarse a mí y darme la bienvenida estrechando mi mano, sentí que estaba en presencia de un hombre con gran fuerza de carácter... La actitud de sus pacientes hacia él era de profundo afecto y respeto”. Bowditch refiere que “entre bellos jardines, cuyo encanto era realzado por fuentes y pequeños estanques llenos de peces dorados, se levantaba un grupo de magníficos edificios góticos, construidos principalmente con ladrillo rojo... Había un hermoso parque con senderos curvos y pistas gradualmente ascendentes, con asientos a intervalos regulares para el descanso durante los paseos diarios prescritos a los pacientes capaces de hacer ejercicios: estos constituían un aspecto destacado de su método de cura. Brehmer pone un fuerte acento en el estado del corazón y no cree en la cura de reposo al extremo dispuesto en los métodos de su otrora discípulo, con el que ha tenido tan marcada diferencia de opinión sobre este punto, que ha provocado un desafortunado quiebre en sus amigables relaciones”.

Al conocer a Dettweiler, el visitante se encontró de nuevo “en presencia de un hombre de recio carácter: aunque de maneras suaves y gentiles... Los edificios en Falkenstein tenían poco de la solidez y carácter pintoresco de la institución madre, pero había una atmósfera de ánimo y disposición positiva entre los pacientes... A primera vista era fácil apreciar la importancia que se daba al reposo absoluto: se veían filas y filas de pacientes

reclinados en sus sillas la mayor parte del día, reduciéndose el ejercicio corporal a un mínimo”.

### EL SANATORIO DEL REY EDUARDO VII

En Inglaterra los primeros sanatorios se instalaban en residencias campestres acondicionadas, ubicadas en extensos terrenos con bosques y senderos sinuosos. Uno de los establecimientos construidos específicamente bajo el concepto sanatorial fue el King Edward VII Sanatorium. Mientras visitaba a unos parientes en Alemania, el rey Eduardo tuvo la oportunidad de conocer la institución de Peter Dettweiler en Falkenstein. Quedó tan impresionado que decidió erigir un sanatorio modelo para tísicos en Inglaterra. Se eligió un terreno de 60 hectáreas cerca de Midhurst en Sussex, donde se diseñaron jardines y se demarcaron vías para paseos de dificultad progresiva para el ejercicio que los médicos prescribían a los pacientes. El edificio, con capacidad para 100 huéspedes, fue construido en 1903 e inaugurado en 1906. Los planos fueron elaborados por Charles Holden, inspirado en la planta “en X” o “en mariposa” concebida en Davos por el tisiólogo Karl Turban, e incluía las galerías de reposo al aire libre ideadas por Dettweiler. El diseño consideraba una sección administrativa central con dos alas hacia un lado y dos hacia el otro, que contenían las habitaciones de los enfermos con las correspondientes galerías abiertas para que, recostados en tumbonas de mimbre, experimentaran los efectos del aire puro, la tranquilidad y la exposición al sol. Las alas del edificio estaban ideadas para que todas las habitaciones tuvieran su terraza y con el fin de separar los sectores de hombres y de mujeres. En el King’ Sanatorium se cobraba una tarifa más elevada por los dormitorios más cercanos al centro del edificio, destinados a pacientes acomodados; los de los extremos tenían precios inferiores, para ser ocupados por oficinistas, empleados públicos, institutrices y otros pacientes de categoría similar (11).

### TRUDEAU Y EL SANATORIO DE ADIRONDACK

Hacia mediados del siglo XIX en Estados Unidos se inició un movimiento tendiente a la búsqueda de factores climáticos para el tratamiento de la consunción. Daniel Drake, basado en sus múltiples viajes a través de ríos y montañas y sus estudios estadísticos sobre la tuberculosis, llegó a la conclusión de que el clima ideal para su cura debería ser moderadamente frío y seco, relativamente estable. En 1840 pensó que el ambiente de la Caverna del Mamut en Kentucky sería ideal para pacientes inválidos, incluyendo los tísicos. Se construyeron 12 cabañas dentro de la gruta: el proyecto fracasó por la alta mortalidad y la deserción de los enfermos. La promoción de los beneficios climáticos de algunos lugares del país determinó que estos recibieran importante migración de pacientes. En 1880 se estimaba que un tercio de los habitantes de Colorado eran tuberculosos. El primer Sanatorio de Montaña para Enferme-

dades Pulmonares, fundado en 1873 en Ashville, Carolina del Norte, se vio obligado a cerrar tres años después por falta de financiamiento.

En 1879, el doctor Alfred Loomis recomendaba en la Sociedad Médica de Nueva York el clima de la región silvestre de las montañas Adirondack, situada en el mismo Estado, donde se habían recuperado con cierto éxito 20 pacientes, entre ellos el Dr. Edward Livingston Trudeau.

Durante sus estudios de medicina, Trudeau había aprendido que la tuberculosis era una enfermedad no contagiosa, generalmente incurable, secundaria a peculiaridades constitucionales heredadas, humores corrompidos y varios tipos de inflamación, que se extendía y manifestaba por diferentes caracteres patológicos como tubérculos, escrófula, caseificación y tisis pulmonar. En ese tiempo tuvo un absceso frío que debió ser operado varias veces antes de que curara: no se había establecido la relación de dicha lesión con la tuberculosis. Dos años después sufrió aumento de volumen de los ganglios linfáticos del cuello, a lo que no se dio importancia. Habiendo iniciado su práctica como médico en Nueva York, experimentó episodios de fiebre y finalmente se le diagnosticó una tuberculosis extensa del pulmón izquierdo. Febril y enflaquecido, creyendo que su fin estaba próximo, decidió retirarse a la región boscosa de las montañas Adirondack, donde en el pasado había disfrutado de la vida agreste. Allí se dedicó a descansar, y a pesar de su debilidad, a navegar en bote por los lagos, pescar y cazar, reclinado en un bote a remos conducido por un guía. A los pocos meses había recuperado peso y vigor. Volvió a Nueva York, donde meses después reapareció la fiebre, por lo que se trasladó en 1875 a los alrededores del lago Saranac en Adirondack, esta vez con su esposa e hijos. Nuevamente la vida al aire libre redundó en un descenso de la fiebre, aumento de peso y recuperación de las ganas de vivir. Paulatinamente, otros médicos empezaron a enviar pacientes tuberculosos a la región, en busca de cura de aire libre y reposo: Trudeau reasumió la práctica de la medicina, encargándose de controlarlos (12).

En 1882 llegaron a manos de Trudeau dos artículos que significaron un cambio de rumbo en sus actividades (13).

### EL COTTAGE SANITARIUM

El primero de ellos describía el régimen implantado por Brehmer y Dettweiler. Trudeau comprobó que correspondía casi exactamente a lo que constituía su propia rutina. Esto lo movió a formalizar el sistema, aplicándolo a algunos de sus pacientes tuberculosos. Más adelante decidió organizar en Adirondack una institución similar con el objeto de aplicar el tratamiento a pacientes de medios económicos limitados. Entusiasmó a

algunos de sus amigos poderosos y obtuvo una donación inicial de 2.500 dólares. Adquirió un terreno cercano al lago Saranac y empezó la construcción del Adirondack Cottage Sanitarium. Por razones financieras, el sistema de cabañas parecía práctico, porque se podían ir agregando nuevas unidades a medida de que se dispusiera de fondos. La primera cabaña, que después se conocería como *The little red*, consistía en una pieza con una lámpara de keroseno, una estufa de leña y dos camas: costó en total cien dólares. Allí en febrero de 1885 recibió a sus primeras pacientes, dos hermanas obreras fabriles, una con tuberculosis pulmonar y la otra con mal de Pott. La cabaña tenía un pequeño porche en que las pacientes, de acuerdo con las instrucciones de Trudeau, se sentaban a reposar la mayor parte del día.

### EL SARANAC LAKE LABORATORY

El segundo artículo que impresionó a Trudeau fue una traducción que relataba los hallazgos de Robert Koch. En sucesivos viajes a Nueva York aprendió a teñir el bacilo bajo las instrucciones del Dr. Theophil Prudden, que a su vez se había adiestrado en el laboratorio de Koch.

Con estos conocimientos básicos, Trudeau instaló un laboratorio en su casa en Saranac, donde logró cultivar la bacteria, logrando tal éxito que en los años sucesivos proveía de cultivos para las experiencias de colegas tan destacados como el mismo Prudden y el profesor de Patología de la Universidad Johns Hopkins, William Welch. Hallándose Trudeau en Nueva York en 1893 con motivo del fallecimiento de una hija tuberculosa, un incendio destruyó su casa junto con su laboratorio. Al año siguiente, con aportes de sus amigos, construyó en un edificio separado el Saranac Lake Laboratory, donde continuó investigando.

En una serie de experimentos intentó estudiar la influencia del ambiente en la patogenia de la tuberculosis: infectó cinco conejos con el bacilo de Koch y los encerró en zanjás oscuras y húmedas: murieron rápidamente de la enfermedad. Otros cinco conejos no infectados y encerrados en el mismo ambiente no enfermaron ni murieron. Paralelamente, de cinco conejos infectados dejados vivir libremente en una pradera, sobrevivieron cuatro (14, 15).

### AUGE DE LOS SANATORIOS

A partir del modelo desarrollado por Brehmer y Dettweiler se construyeron numerosos sanatorios en Europa, especialmente en Alemania, Suiza e Inglaterra. En Estados Unidos también aumentó su número, siguiendo los estándares europeos o el estilo de cabañas creado por Trudeau. Además de los establecimientos construidos específicamente, se llegó a

implantar el régimen sanatorial en modalidades tan diferentes como campamentos con carpas o en ferryboats. A la muerte de Brehmer en 1899, solo en Alemania había ya más de 300 sanatorios; hacia 1904 el complejo del sanatorio de Göbersdorf era el más grande del mundo, con capacidad para unos 300 pacientes, distribuidos en sectores para enfermos pudientes, de clase media y pobres. En 1906 se contabilizaban en Inglaterra y Gales 69 sanatorios, con capacidad para 8 a 318 pacientes: la disponibilidad total de camas alcanzaba a 3.300 (16). En Estados Unidos se erigió un número creciente de sanatorios, pertenecientes a los estados, condados, municipalidades, grupos religiosos, otras instituciones filantrópicas, colonias de inmigrantes o empresarios privados. El número total de sanatorios en Estados Unidos en 1904 era de 115, con menos de 8.000 camas; en 1953 se llegaba a 839 establecimientos con una disponibilidad de 130.322 camas (17), mayoritariamente destinadas a tuberculosos, aunque recibían una proporción de otros enfermos, incluyendo pacientes mentales. El Cottage Sanitarium creado por Edward Trudeau se amplió sucesivamente con nuevas cabañas. Además, se habilitaron en la región otros sanatorios, pensiones y casas particulares para recibir pacientes consuntivos.

### SANATORIOS SUIZOS: EL FENÓMENO DE DAVOS

Los sanatorios en Suiza gozaron de gran prestigio y demanda, como los de Leysin, pequeña aldea alpina, entre los cuales destacaba el conjunto dirigido por el doctor Auguste Rollier, quien llegó a la región en 1903: promovía la helioterapia, bajo el concepto de que la exposición al sol era beneficiosa para la curación de la tuberculosis ósea y articular. Llegó a tener a su cargo 37 establecimientos con capacidad para unos 2.000 pacientes. El doctor Herwig relata en 1929 su visita al complejo sanatorial, donde fue hospedado en uno de los edificios más nuevos: "Es como un hotel de primera clase, construido para acomodar a noventa pacientes con grandes habitaciones asoleadas, muchas con baño exclusivo, algunas con un cuarto para huéspedes y todas con porches privados mirando hacia el sur. Hay un comedor principal construido y decorado con exquisito estilo. Todos los pacientes cuyo estado general se los permite cenar allí. Algunos son transportados en camas o sillas rodantes, otros llegan caminando con muletas. Durante las comidas, una buena orquesta interpreta música antigua y actual, proporcionando una atmósfera de armonía y agrado" (18).

Situado en los Alpes Suizos, Davos es el poblado más alto de Europa, a 1.560 metros sobre el nivel del mar. El valle fue colonizado por granjeros a fines del siglo XIII y su economía dependió de la agricultura durante más de 500 años.

En 1853 el doctor Alexander Spengler se trasladó desde Alemania a vivir en Davos; allí encontró que el clima ejercía

una influencia saludable y se preocupó de difundir esta idea. Junto con W. J. Holsboer levantó un balneario terapéutico, el Kuranstalt Spengler-Holsboer en 1868.

La construcción de una línea ferroviaria fue determinante para que surgieran en Davos hoteles, sanatorios y villas que acogían a pacientes tuberculosos acaudalados y a entusiastas del esquí. Además, en pensiones y casas particulares se ofrecía hospedaje a precios inferiores. Así Robert Louis Stevenson, que padecía de tuberculosis, por indicación médica se trasladó a Davos, donde permaneció desde 1880 hasta 1882, período en que escribió la mayor parte de "La isla del tesoro" (19). Arthur Conan Doyle, el autor de las novelas de Sherlock Holmes, vivió en Davos desde 1893, debido a la grave afección pulmonar de su esposa, a quien le habían pronosticado pocos meses de vida; allí su salud experimentó cierta mejoría, y en 1897 regresaron a Inglaterra.

El arribo de pacientes de distintas partes del mundo para someterse al régimen de reposo y respirar el aire glacial fortalecía la economía de la región, donde los enfermos llegaron a ser más numerosos que los habitantes sanos. Alrededor de 1930 se estimaba que en Davos había doce mil pacientes al año (20).

Thomas Mann visitó el Waldsanatorium de Davos durante cuatro semanas desde el 15 de mayo al 12 de junio de 1912, con ocasión de la enfermedad de su esposa Katya, quien permaneció seis meses en el establecimiento. Él volvería por unos pocos días en 1921. La experiencia impulsó a Mann a escribir la notable novela "La montaña mágica", publicada en 1924. En ella se describe la vida de un sanatorio en Davos: el régimen del establecimiento, la evolución clínica de los pacientes, sus relaciones y sentimientos. A través de los pensamientos y diálogos de sus personajes, el autor analiza latamente los problemas políticos e intelectuales que sacudían a Europa a comienzos del siglo XX.

Entre los pacientes que llegaron a Davos en busca de tratamiento, cabe mencionar a tres que provenían de Chile:

El Dr. Sótero del Río se recibió de médico en 1922 y trabajó en el Servicio de Medicina del Hospital del Salvador en Santiago. En 1924 fue enviado a estudiar Anatomía Patológica en Europa: entre otras, hizo una estadía en el Instituto del profesor Pierre Masson en Estrasburgo, donde conoció a Luisa Schäfer, con quien tiempo después contraería matrimonio. Al volver a Chile, una tos pertinaz y el compromiso del estado general revelaron que estaba afectado por una tuberculosis pulmonar. Se dirigió a Davos, donde se internó en la Pensión Rosenhügel. Se recuperó rápidamente y durante su convalecencia concurrió al Sanatorio Clavadel, vecino a

Davos, donde actuó como médico asistente y se especializó en Tisiología. A su regreso, fue uno de los creadores de dicha especialidad en Chile, ministro de Estado e impulsor de distintas instituciones de importancia decisiva para la medicina social en el país (21).

El doctor Rodolfo Rencoret, llegó a ser profesor de Anatomía y de Cirugía y Decano de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Se tituló de médico en 1925; al año siguiente enfermó de tuberculosis pulmonar, y se trasladó a Davos para una cura sanatorial; ignoramos en qué establecimiento estuvo internado. Restablecido de su enfermedad, volvió a Chile en 1928 (22).

Manuel Peña relata la entrevista que sostuvo en Davos en 1991 con el profesor Hartmut Schoefer, que investigaba acerca de las personas hospedadas en el Waldsanatorium, cuando Thomas Mann llegó a visitar a su esposa. La hipótesis de su trabajo consistía en que Mann se inspiró en algunos huéspedes para crear personajes de su obra. Schoefer había encontrado que el mismo día en que firmó el novelista el libro de registros, se inscribía un paciente de 27 años procedente de Valparaíso, Chile. Según las indagaciones ulteriores de Peña, se trataba de Juan Gosch, que permaneció un año en el establecimiento, para después volver a Chile a hacerse cargo de los negocios de su padre. Su hija refirió que el joven había trabado amistad con el escritor, con el que solía compartir caminatas alrededor del sanatorio (23).

## RÉGIMEN SANATORIAL

En general, las condiciones de los sanatorios y su régimen interno se ceñían a las orientaciones básicas emanadas de la experiencia de Brehmer y Dettweiler. Sin embargo, como ya se ha anticipado, en diferentes tipos de institución se daban diversos énfasis a algunos aspectos. Por ejemplo, la importancia de la ubicación del establecimiento (en altura, en clima frío, en clima templado, en regiones costeras o campestres), la intensidad de los planes de ejercicio, la estrictez en el cumplimiento de un programa, que variaba desde una simple internación con el compromiso de una vida sana en algunos sanatorios, hasta una comunidad con normas rígidas que debían cumplirse al pie de la letra. Algunas instituciones favorecían actividades de terapia laboral; otras -en general pertenecientes a agrupaciones benéficas con atención gratuita- contaban con que los pacientes cuya condición física lo permitiera desempeñaran trabajos de índole doméstica o jardinería, con el objeto de disminuir los costos de mantención. En el caso de las curas de reposo al aire libre, también había variaciones: la prescripción extrema no permitía poner los brazos detrás de la cabeza, ni leer, ni oír radio: en Saranac, convertida en una verdadera ciudad sanatorio, la radioemisora enmudecía entre las 2 y las 4 de la tarde.

Se obtiene una idea general acerca del horario de actividades y comidas diarias en la siguiente norma del Sanatorio de Bligny, en Francia, publicada en Chile en 1910 (24).

#### Horario de actividades y comidas diarias

<b>7 AM</b>	Levantada
<b>7:30 AM</b>	Desayuno: Café o cacao, pan con mantequilla, uno o dos vasos de leche, o uno o dos huevos crudos, o dos huevos batidos en un vaso de leche o jugo de carne.
<b>8 AM</b>	Ducha, Paseo.
<b>9:15 a 10:15 AM</b>	Cura de aire.
<b>10:30 AM</b>	Almuerzo: carne asada, pan con mantequilla, dos o tres huevos, uno o dos vasos de leche, queso, compotas, etc. Paseo
<b>11:30 AM a 12 M</b>	Cura de aire.
<b>1 PM</b>	Comida: sopa, pescado, carne asada, compotas, pudding, galletas, queso, una botella de cerveza o agua de Seltz.
<b>2 PM a 4 PM</b>	Cura de aire.
<b>4 PM</b>	Merienda: uno o dos vasos de leche, o uno o tres huevos crudos, pudiendo los huevos tomarse batidos en un vaso de leche o jugo de carne. Paseo
<b>5:30 a 6:30 PM</b>	Cura de aire.
<b>7 PM</b>	Cena: carnes calientes o frías, legumbres, pan y mantequilla, queso y uno o dos vasos de leche.
	Cura de aire
<b>9 PM</b>	Un vaso de leche. Acostada.

#### PERSPECTIVAS DE LOS PACIENTES INTERNADOS

Basada en numerosos diarios y cartas de pacientes y ex pacientes de sanatorios en Estados Unidos, Sheila Rothman ha descrito las experiencias y sentimientos de los individuos internados, como parte de un retrato de los aspectos sociales de la consunción en la comunidad (25). Un primer aspecto que destaca es la sorpresa con que algunos enfermos recibían el diagnóstico de tuberculosis y la prescripción de internarse en un sanatorio, aun cuando su sintomatología hacía altamente probable que sufrieran de tisis. El segundo hecho destacable era la sensación de ser enviados a un exilio, indicación agravada por el desconocimiento de cuánto se prolongaría su internación, que podía durar meses, años o todo el resto de su vida.

Debido a la tisiófilia que se desarrolló hacia fines del siglo XIX y en el primer tercio del siglo XX, contraer la tuberculosis era tan estigmatizante, que los enfermos a menudo intentaban aminorar u ocultar ante sus familiares o amigos la causa de su internación en un sanatorio, explicando que tenían “una amenaza de tuberculosis”, o que se iban en viaje de placer o a un merecido período de descanso. A su vez, los parientes conocedores del motivo del viaje de los pacientes se esmeraban en ocultárselo a otras personas, aduciendo pretextos tales como trasladarse a una universidad lejana o ir a someterse a una operación de hemorroides.

Las sensaciones y sentimientos de los pacientes al ingresar al sanatorio dependían de variables como sus características personales, su nivel socioeconómico y cultural, las instalaciones y normas del establecimiento y el tiempo de permanencia en él. Probablemente para todos era un alivio liberarse del ambiente tisiófilo del lugar en que vivían. Para algunos, especialmente los más pobres, constituía una especie de oasis que les permitía sustraerse a cargas como las abrumadoras responsabilidades familiares, la explotación en el trabajo, el hacinamiento en viviendas sórdidas y la esperanza de dejar la afición al alcohol.

Entre las perspectivas de orden positivo que implicaba para los enfermos la estadía en el sanatorio se pueden mencionar las siguientes: la esperanza de curación, la sensación de sentirse apoyados al alternar con otros individuos en su misma situación, el templar el carácter al sobrellevar con éxito la disciplina de la institución. Algunos aprovechaban el mucho tiempo disponible para estudiar, adquirir destrezas laborales o artísticas y redefinir metas personales (26).

Para algún paciente proveniente de un medio social limitado, las condiciones de vida en el sanatorio y las relaciones con individuos de variados orígenes, educación y costumbres, la experiencia del sanatorio constituyó el período más feliz de su vida, le “abrió los ojos al mundo”, de tal modo que al ser dado de alta se sintió “muy desgraciado al tener que volver a la realidad” (27).

Por otra parte, una serie de elementos aportaba efectos negativos que minaban el ánimo de los pacientes. En primer lugar, la sensación de sentirse prisioneros en lugares apartados, separados de sus familias y amigos. Los trámites de ingreso al sanatorio, que muchas veces incluían baño, corte de pelo y lectura del reglamento, acentuaban la impresión de entrar a una cárcel. Con el correr del tiempo tendía a producirse un distanciamiento y a menudo tirantez en las relaciones con el personal, que debía hacer cumplir reglas estrictas en una rutina de meses y aun años. La indefinición de la fecha en que se les permitiría abandonar el sanatorio era una fuente de angustia para los individuos que periódicamente veían irse de alta a



compañeros, y ellos no recibían información acerca de cuánto tiempo de reclusión les quedaba. Otro motivo de zozobra era la preocupación por el trabajo que habían dejado y por el futuro de ellos y de sus familias. Finalmente, no faltaban los que pensaban que su larga estadía en el sanatorio era solo la antesala de la muerte.

### LA SUBCULTURA DE LOS SANATORIOS

En referencia al desenvolvimiento de la vida diaria y relaciones entre los pacientes internados en los sanatorios, Rothman ha descrito una "Subcultura de los Sanatorios" (28), algunas de cuyas notas salientes son las siguientes: Un conjunto de individuos unidos viviendo lo que consideraban "el mundo real" del Sanatorio, interesados por los minúsculos detalles de ese submundo, con pérdida progresiva del interés en lo que sucede afuera. Este fenómeno se retrata muy bien en "La Montaña Mágica", donde los enfermos se consideran a sí mismos una casta especial, "los de arriba", cuyos pensamientos y actitudes no pueden ser comprendidos por los individuos que viven la rutina de las ciudades, "los de allá abajo".

Otro carácter de la subcultura era la progresiva desaparición de la propiedad privada, en que los pacientes se facilitaban e intercambiaban ropa y enseres, hasta llegarse muchas veces a una situación en que cada uno usaba lo que le parecía en un momento dado.

Las relaciones entre hombres y mujeres estaban formalmente prohibidas por los reglamentos, y tanto la distribución espacial de los sectores como la disciplina reforzaba la separación entre enfermos de sexo opuesto. Sin embargo, era frecuente el establecimiento de relaciones románticas y los encuentros sexuales clandestinos. Entre los factores que constituían un estímulo adicional para estas actividades se mencionan el aburrimiento, la sensación de soledad, la necesidad de afirmar la individualidad en un medio despersonalizante -en que muchas veces los pacientes eran identificados solo por el número de su habitación o de su cama (29)- y también como un intento de afirmar su integridad física frente al deterioro causado por la enfermedad; al respecto, Rothman cita a un ex paciente que opinaba que, "en los casos en que el amor es exitoso, creo sinceramente que es más benéfico que dañino para recuperarse de la enfermedad".

El transcurrir de los días en los sanatorios estaba marcado por la constante presencia de la muerte. Esto se manifestaba en detalles como la pregunta al ingreso acerca de a quién debería avisarse en caso de deceso, el recordar iterativamente a los pacientes fallecidos en las conversaciones habituales, y el llevar a los compañeros nuevos a conocer el cementerio cercano. Pese al empeño de las autoridades de los sanatorios en que un óbito

pasara lo menos advertido posible, el correo informal diseminaba la noticia y se producía un estado de tensión entre el personal y los pacientes, algunos de estos últimos se desanimaban y forjaban la decisión de abandonar el establecimiento, o de no cumplir las reglas ("¿por qué morir sin haber vivido?"), o la angustia de ocupar la habitación de un fallecido.

### DECLINACIÓN DE LOS SANATORIOS

Siendo la tuberculosis una enfermedad muy prevalente, su letalidad venía disminuyendo desde el siglo XIX en Estados Unidos y Europa, lo que se ha atribuido a una mejora de las condiciones socioeconómicas, y posteriormente a la incorporación de mejores medidas de salud pública para la pesquisa y aislamiento de los enfermos, el desarrollo de las terapias de colapso pulmonar (neumotórax, neumoperitoneo, toracoplastia, etc.) y de la cirugía resectiva pulmonar.

El advenimiento de la quimioterapia marcó un vuelco decisivo en el tratamiento y el pronóstico de la tuberculosis. En 1944 se introdujo el antibiótico estreptomina, en 1945 el ácido paraaminosalicílico y en 1952 la isoniazida.

Así, a mediados del siglo XX se asistía a una menor mortalidad de las formas más graves de la tuberculosis, a la posibilidad de tratar efectivamente a los pacientes menos graves con medicamentos en el seno mismo de sus comunidades, sin necesidad de prolongada reclusión en sitios alejados. Los tratamientos más agresivos de los pulmones más lesionados fueron derivando de la colapsoterapia a la resección quirúrgica, intervención que debía practicarse en hospitales de mayor complejidad y costo, dotados de servicios e instrumental especializado, equipos médico-quirúrgicos y mayor número de profesionales especializados en áreas complementarias, como anestesia, recuperación y banco de sangre.

Los sanatorios, enfrentados a un menor índice ocupacional y a una disminución de los días de estada, se vieron abocados a transformarse en hospitales de mayor complejidad, inversión que en la mayoría no podía afrontarse. Una segunda solución fue el cierre de muchos establecimientos; otros se transformaron en centros psiquiátricos o geriátricos, prisiones u hoteles.

Edward Trudeau murió de tuberculosis en 1915. Después de su muerte, el Cottage Sanitorium pasó a llamarse Trudeau Sanatorium. Finalmente cerró sus puertas en 1954.

En el caso de Davos, solo algunos sanatorios retuvieron su carácter de instituciones de salud, reorientando su función al estudio y tratamiento de afecciones alérgicas o dermatológicas. Los otros establecimientos se transformaron gradualmente en hoteles de lujo y Davos pasó a ser un sitio de recreación,



deportes invernales y congresos científicos. En 1969 se construyó el Centro de Conferencias, cuyo evento anual más importante en la actualidad es la reunión del Foro Económico Mundial.

### **SANATORIOS PARA TUBERCULOSOS: UN SIGLO DE VIGENCIA**

Entre las ventajas atribuidas a la institución de los sanatorios, se ha planteado que presentaban un ambiente adecuado para estudiar la historia natural de la enfermedad, donde se podían desarrollar y evaluar en forma consistente las técnicas que fueron emergiendo para el diagnóstico y el tratamiento de la tuberculosis, como la radiología, la investigación microbiológica del bacilo, la colapsoterapia y la cirugía resectiva. En muchos establecimientos se llegó a dominar dichas técnicas y a conocer su rendimiento.

Se podría pensar que la reclusión de miles de personas infectantes podía disminuir el riesgo de transmisión de la enfermedad. Aunque a nivel de familias o comunidades pequeñas la remoción de un individuo bacilífero pudo prevenir contagios, a nivel de la población el impacto probablemente fue mínimo, dado que el número de camas ofrecidas por los sanatorios era superado con creces por la enorme demanda. En la época de auge y habilitación de nuevos sanatorios, no se notó una caída adicional en las tasas de nuevos casos.

Ante la interrogante de cuán efectivo fue el tratamiento sanatorial para la tuberculosis, Davis informa que, después del entusiasmo inicial, un período de desánimo cundió entre 1914 y 1920, a medida que los sanatorios empezaron a analizar

sus estadísticas, difíciles de comparar debido a las múltiples variables que presentaban las normas y los tipos de pacientes de una institución a otra, y sobre todo por no disponerse de datos fidedignos de grupos controles. La autora cita el seguimiento de pacientes egresados de nueve sanatorios con estadísticas disponibles: el 51% de los pacientes estaba muerto cinco años después de dejar el sanatorio, cifra que ascendía a 74% a los 10 años y a 85% a los 15. Por su parte, Daniel (30) analiza los resultados de los datos recopilados por Alling y Bosworth (31), sobre 564 pacientes hospitalizados en sanatorios del Estado de New York desde 1938 a 1948 y su evolución quince años después de ingresar al establecimiento. El dato más determinante de la evolución fue la extensión de la enfermedad en el momento en que se internaron. De los pacientes con enfermedad mínima, en el seguimiento a los quince años 13% estaba muerto y 78% con enfermedad inactiva. De pacientes que ingresaron con enfermedad considerada muy avanzada, la mitad murió dentro de los dos primeros años y después de cinco años el 60% estaba muerto de tuberculosis; solo 21% tenía enfermedad inactiva a los quince años.

Desde 1859, año en que Brehmer construyó el que es considerado el primer establecimiento modelo, hasta las décadas de 1950-1960 en que se extendió la terapia específica contra el bacilo de la tuberculosis, los sanatorios constituyeron el paradigma del tratamiento de la enfermedad, en una historia dominada por la dedicación de generaciones de médicos, enfermeras y personal auxiliar -muchos de ellos ex tuberculosos-, que con peligro de su salud -y no infrecuentemente con prematura pérdida de sus vidas- prestaron atención a innumerables enfermos recluidos en un contexto de dolor, soledad y angustia a la espera de un futuro presumiblemente ominoso.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Dubos R., Dubos J. *The white plague. Capítulo 1: Rutgers University Press, New Brunswick, New Jersey 1996.*
2. Shakespeare W. "La tragedia de Macbeth". En: *Obras completas. Aguilar, Madrid 1965.*
3. Ayyazian F. "History of tuberculosis". En: L. B. Reichman, E. S. Hershfield (Eds.): *Tuberculosis; a comprehensive international approach. Capítulo 1. Marcel Decker, Inc., New York 1993.*
4. Kass A. M. *A brief history of the Channing Laboratory. www.channing.harvard.edu/kass.htm*
5. Dubos R., Dubos J. *Óp. cit. Capítulo 13.*
6. Dubos R., Dubos J. *Óp. cit. Capítulo 13.*
7. Knopf A. "The centenary of Brehmer's birth". *Am. Rev. Tuberc.* 1926; 14: 207-210.
8. Davis A. L. *History of the sanatorium movement. En: W. N. Rom, S. Garay (Eds.): Tuberculosis. Little Brown and Company, Boston 1996.*
9. Davis A. L. *Óp. cit.*
10. Bowditch V. M. "Medical reminiscences: I. Visits to Brehmer's and Dettweiler's sanatoria". *J. Outdoor Life* 1919; 16: 65-71.
11. V. Y. Bowditch. "The English Sanatorium: three leading institutions as seen through American eyes. The newly completed King's Sanatorium in Sussex". *J. Outdoor life* 1906; 3: 461-464.
12. Daniel T. M. *Captain of Death: The story of tuberculosis. Capítulo 21. Rochester Press, Rochester N. Y. 1999.*
13. Rothman S. M. "Living in the shadow of death: tuberculosis and the social experience of illness". in *American History. Capítulo 13. BasicBooks, New York 1994.*
14. Daniel T. M. *Óp. cit. Capítulo 21.*
15. Davis A. L. *Óp. cit.*
16. *35th Annual Report of the Local Government Board 1905-06. Supplement - On Sanatoria for consumption and certain other aspects of the tuberculosis question. www.institutions.org.uk/hospitals/info/sanatoriums.htm*
17. Davis A. L. *Óp. cit.*
18. Herwig T. C. G. "Impressions of a visit through some of the middle European tuberculous sanatoria". *J. Outdoor Life* 1929; 26: 212-217.
19. Ulteriormente, en el invierno de 1887-1888, Stevenson sería paciente de Trudeau en Adirondack. T. M. Daniel: *Óp. cit. Capítulo 12.*
20. Herwig T. C. G. "Impressions of a visit through some of the middle European tuberculous sanatoria". *J. Outdoor Life* 1929; 26: 212-217.
21. Laval M., "E. Sótero del Río: el Hombre". *Anales Chilenos de Historia de la Medicina*, 1970; Año XII: 187-196.
22. Cubillos L. *Profesor Rodolfo Rencoret Donoso: médico y cristiano ejemplar. Centro de Documentación e Investigaciones Históricas, Santiago de Chile, 2002.*
23. Peña M. "El porteño que conoció a Thomas Mann", pág. 147-150. En: *Ayer soñé con Valparaíso. Ril, Santiago de Chile, 1999.*
24. Díaz C. *Sanatorios para tuberculosos. Memoria de prueba para optar al grado de licenciado en la Facultad de Medicina y Farmacia de la Universidad de Chile, 1910.*
25. Rothman S. M. *Óp. cit. Capítulo 14.*
26. Davis A. L. *Óp. cit.*
27. Rothman S. M. *Óp. cit. Capítulo 14.*
28. Rothman S.M. *Óp. cit. Capítulo 15.*
29. Cela C. J. *Pabellón de reposo. Ediciones Destino, 3ª Ed., Barcelona 1957.*
30. Daniel T. M. *Óp. cit. Capítulo 21.*
31. Alling D. W., Bosworth E. B. "The after-history of pulmonary tuberculosis. VI. The first fifteen years following diagnosis". *Am. Rev. Respir. Dis.* 1960; 81: 839-849.